**Deutscher Bundestag** **Drucksache 18/9668**
**18. Wahlperiode** 21.09.2016

# Antrag

**der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Ekin Deligöz, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Dr. Tobias Lindner, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

## Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Landkreise, kreisfreie Städte sowie Städte und Gemeinden erbringen schon jetzt umfangreiche Unterstützungsleistungen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien: von der kommunalen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienunterstützende Hilfen bis zu kommunalen Gesundheitsdienstleistungen, Angeboten des öffentlichen Nahverkehrs und der rechtlichen Betreuung. Diesem Leistungsangebot stehen nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Diese mangelnden Möglichkeiten wurden auch im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, das dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vorausgeht, festgehalten. Hervorgehoben wurde jedoch auch, dass die Kommunen in dieser Rolle gestärkt werden sollten, da sie im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge für diese Tätigkeit qualifiziert seien.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz bleibt hier auf halbem Wege stecken. Die Kommunen erhalten keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten für die Angebotsstrukturen vor Ort. Sie dürfen ihre Kompetenzen nur im Hinblick auf die Beratung erweitern. Vor allem fehlt ein Impuls, der es auch Kommunen, die bisher keine Veranlassung gesehen haben, sich auf Quartierskonzepte einzulassen, erleichtert, sich mehr an der pflegerischen Versorgung zu beteiligen. Zudem werden zusätzliche Initiativen der Kommunen nicht zusätzlich finanziert.

Anders als es die Bundesregierung plant, müssen Kommunen dauerhaft die Möglichkeit erhalten, die Initiative bei der Pflegeberatung, Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote zu ergreifen und auf Wunsch auch die Koordination zu übernehmen, um ein effizientes Hilfenetz entstehen zu lassen, das auch im ländlichen Raum trägt und den Herausforderungen des demographischen Wandels nachkommt.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der

1. das Initiativrecht für Kommunen zur Initiierung von Pflegestützpunkten dauerhaft verankert und es darüber hinaus ermöglicht, statt Pflegestützpunkten in den Kommunen, Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort für Pflege und Teilhabe zu schaffen, die unabhängige und neutrale Pflegeberatung bieten, Angebote erfassen und zusammenführen und neue Angebote anstoßen,
2. die Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur stärkt,
3. die Beteiligung von Betroffenengruppen und Verbänden an neuen Gremien sicherstellt,
4. den Anspruch auf ein unabhängiges, individuelles Case Management gesetzlich verankert und ermöglicht, dass Pflegesachleistungen auf Wunsch als persönliches Budget ausgezahlt werden können; die jeweiligen Dienstleister müssen lizenziert und qualitätsgesichert sein, der oder die Case ManagerIn sollte in die örtlichen Beratungsstrukturen für Pflege und Teilhabe eingebunden sein,
5. einen Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung schafft, mit dem kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung inklusive Bürgerbeteiligung und der Steuerung und Koordinierung von Angeboten gefördert werden,
6. den Kostenvorbehalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe wie auch bei der „Hilfe zur Pflege“ (§ 13 SGB XII) aufhebt,

sowie darüber hinaus:

7. „Regionale Budgets“ zu erproben, bei denen die Mittel der verschiedenen Leistungsträger für die Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier durch die Kommune genutzt werden,
8. anzuregen, dass die Länder Beratung für Kommunen, die eine aktive Rolle in der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung übernehmen wollen, anbieten.

Berlin, den 20. September 2016

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**

## Begründung

Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, das dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vorausgeht, heißt es, dass „den Kommunen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung [stünden]. Sie [seien] jedoch aufgrund ihrer Kenntnisse und aufgrund ihrer originären Zuständigkeiten gut geeignet, in diesem wichtigen Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen“. Im nächsten Absatz wird genauer definiert, was zu einer bedarfsgerechten Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen gehört, nämlich „eine neutrale, effiziente und wohnortnahe Beratung, die die erforderlichen Informationen vermittelt und durch ein gutes Fallmanagement zur Verhinderung, Minderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beiträgt, ein breites Spektrum an Wohnformen, um Wahlfreiheit bezüglich des altersgerechten Wohnens zu sichern und dem Wunsch nach größtmöglicher Selbständigkeit Rechnung zu tragen, eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung sowie die Gestaltung des Sozialraums/der Lebenswelt, in dem/der Familie, bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe von Fachkräften sinnvoll ergänzt werden“.

Zu 1:

Für eine gute, individuelle Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen brauchen wir Strukturen, die weit über Pflegestützpunkte hinausgehen. Auch die Vernetzung von Angeboten wie zum Beispiel mit den Selbsthilfegruppen, den Krankenhäusern und Heilmittelerbringern, von ehrenamtlichen Pflegebegleitern, der ambulanten Dienste, der mobilen Reha oder der Gemeindeschwester etc. soll vor Ort geleistet werden. Es kann auch fachliche Beratung und Begleitung für Kommunen angeboten werden, die etwas anstoßen wollen, etwa bei der Gründung von Runden Tischen zur Pflege. Die 60 Modellprojekte zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen würden in dieser Regelung aufgehen.

Ein Gesundheits- und Pflegebeirat, dem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie VertreterInnen aus der Kommunalpolitik angehören könnten, wäre dafür zuständig, lokale Versorgungsprobleme zu ermitteln, und könnte als weiteres Bindeglied zwischen der gesundheitlichen und der pflegerischen Versorgung vor Ort fungieren.

Zu 2:

Kommunen sollten die Möglichkeit erhalten, im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Damit überließe man die Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur nicht mehr allein dem Wettbewerb, sondern übertrüge sie den Kommunen mit. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde in Bezug auf die Entwicklung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur der bisherige Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zugunsten einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privatgewerblichen Trägern von Pflegediensten und Einrichtungen aufgegeben. Zugleich erhielten alle Pflegeeinrichtungen einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf. Damit sollte ein geschlossener Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindert werden, sollten neue, innovative Leistungsanbieter einen Zugang zum Pflegemarkt erhalten und so sollte der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden. In der Realität führt das jedoch häufig zum Bau von überdimensionierten Großeinrichtungen, die so von den pflegebedürftigen Menschen nicht gewünscht werden. Entsprechend wäre zu überlegen, ob die kommunale Planung im SGB XI verankert werden soll. Damit bekämen auch die Länder, die das bereits in ihren Landespflegegesetzen vorsehen, mehr Rechtssicherheit.

Zu 3:

Eine bessere Beteiligung der unmittelbar Betroffenen, also in erster Linie Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, kann durch die in der Begründung zu Nummer 2 erwähnten Gesundheits- und Pflegebeiräte geschehen. Darüber hinaus sollten jedoch die Verbände der Vertreter von PatientInnen und Pflegebedürftigen auch mit Stimmrecht im Qualitätsausschuss vertreten sein. Auch wenn ein Landespflegeausschuss zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit eingerichtet wurde oder wenn es regionale Ausschüsse in Landkreisen und kreisfreien Städten gibt, sollten die Verbände der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie die Wohlfahrtsverbände Mitglieder entsenden.

Zu 4:

Ein individueller Case Manager und ein persönliches Pflegebudget sind Garanten für eine nutzerorientierte Versorgung vor Ort. Mit Hilfe des individuellen Case Managers oder der Case Managerin können Pflegebedürftige sich ihre Leistungen nach ihrem festgestellten Pflegebedarf selbst zusammenstellen. Modellversuche haben erwiesen, dass dies zu deutlichen Verbesserungen des Pflegearrangements führt und damit Pflegebedürftige wie ihre Angehörigen gleichermaßen entlasten werden (vgl. Abschlussbericht zum Pflegebudget 2008, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/pflegebudget/1Anlage_PB-Gesamtzusammenfassung_3271.pdf).

Es gibt auch jetzt schon einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im SGB XI, nach dem „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, […] Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten“ haben (§ 7a SGB XI). Allerdings wird dieser Anspruch von den Kassen sehr unterschiedlich erfüllt. Darüber hinaus ist nicht gewährleistet, dass der entsprechende Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch tatsächlich eng in die kommunalen Strukturen eingebunden ist.

Zu 5:

Wenn die Kommunen zusätzliche Aufgaben übernehmen sollen, muss es dafür auch eine Gegenfinanzierung geben. Dabei geht es nicht um eine Vollfinanzierung durch die Pflegeversicherung, sondern darum, die ohnehin

für Beratung und Pflege sowie Leben und Wohnen im Alter vorgesehenen Finanzströme, Personal- und Sachmittel, etwa von den Pflegekassen, dem Programm Soziale Stadt, den Trägern der Hilfe zur Pflege usw. verlässlich zu machen, damit die Kommunen kontinuierlich ihre Quartiersarbeit leisten können.

Zu 6:

Bei regionalen Budgets erhalten Kommunen die Verantwortung für die Gelder der Pflegekassen. Am Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen ändert sich nichts. Die Kommunen können die Mittel bspw. für einen stärkeren Ausbau des ambulanten Bereichs einsetzen und dabei Mittel einsparen, z. B. durch die Möglichkeit, Verträge der integrierten Versorgung mit Leistungsanbietern zu schließen. Überschüssiges Geld muss in die Pflege zurückfließen, so wird Zweckentfremdung vermieden und es entstehen Anreize zum Aufbau entsprechender Strukturen. Allerdings birgt das regionale Budget auch Risiken, so sind bei hoher stationärer Versorgungsquote fiskalische Verluste denkbar. Deshalb soll im Rahmen von Modellprojekten die kommunale Verantwortung für regionale Budgets erprobt und evaluiert werden, um anhand der Ergebnisse verbindliche Regelungen für regionale Budgetverantwortung der Kommune zu verfassen.

Zu 7:

Der Kostenvorbehalt besagt, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär" nicht gilt, „wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist". Der Kostenvorbehalt kann bedeuten, dass die Sozialämter darüber entscheiden, wo und wie ein Mensch zu leben hat. Zudem ist er ein massives Hindernis für den Ausbau einer Pflege- und Betreuungsinfrastruktur vor Ort.

Zu 8:

Die meisten Kommunen schöpfen ihr Beteiligungspotential bei weitem nicht aus. Sie sind auch nicht ohne weiteres in der Lage, eine Vernetzungsstruktur und neue Angebote aufzubauen. Wenn sie jedoch eine Beratung erhielten, könnten sie die Versorgungssituation vor Ort stark verbessern. In einigen Ländern geschieht das bereits. In Nordrhein-Westfalen berät das „Landesbüro altengerechte Quartiere" Kommunen, aber auch andere Akteure wie Initiativen, Unternehmen, Institutionen und Einrichtungen bei der Entwicklung von alternativen Konzepten, innovativen Projekten und nachhaltig demographiefesten Strukturen für altengerechte Quartiere (www.aq-nrw.de/landesbuero-altengerechte-quartierenrw/landesbuero.html?&nav_lb=lb).

Weiterhin hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) mit dem Projekt „Qualifizierungsmaßnahmen für das Kommunale Quartiers-Management (KoQuMa)" beauftragt. Im Rahmen dieses Projektes wird interessierten Kommunen eine umfassende Qualifizierung angeboten, wie sie die altengerechte Quartiersentwicklung besser anstoßen und begleiten können (www.kda.de/news-detail/items/unterstuetzungsangebot-fuer-kommunen-bei-der-altengerechten-quartiersentwicklung.html).

In Rheinland-Pfalz ist die „Servicestelle für kommunale Struktur- und Pflegeplanung", die durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) gefördert wird, Ansprechpartnerin für Kommunen bei allen Fragen zu den Themen Pflege und Wohnen und berät sie bei den erforderlichen Planungsprozessen. Darüber hinaus organisiert sie Fachveranstaltungen und Veranstaltungen zum Austausch und zur Vernetzung (www.lzg-rlp.de/de/servicestelle-fuer-kommunale-pflegestrukturplanung-und-sozialraumentwicklung.html).

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333